

GÄLLER FRÅN 2023-05-09

# Samordnad individuell planering

- RIKTLINJER  
OCH RUTINER



# Dokumentet

**Huvudmän:** Region Norrbotten och länets kommuner i Norrbottens län

**Upprättat på uppdrag av:** Länsstyrgruppen

**Godkänd av:** Länsstyrgruppen

Datum: 2023-05-09

Version: 2.0

Dokumenttyp: Riktlinjer



# Innehåll

Dokumentinformation.....	2
Inledning.....	3
Samverkan .....	5-6
Förvaltningsorganisation.....	7-8
Samordnad individuell plan .....	9-10
Fast vårdkontakt.....	11-12
IT-stöd Lifecare .....	13
Samordnad individuell plan i öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst .....	14-19
Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård .....	20-28
Samordnad individuell planering efter utskrivning från slutna hälso- och sjukvård .....	29-33
Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård.....	34-37
Egenvård .....	38-42
Kommunens betalningsansvar .....	43
Lagar och förordningar .....	44-45
Bilaga 1 Det goda mötet.....	46-47

# Samverkan

Ett bra samarbete och gemensamt ansvarstagande för den enskildes hälso- och sjukvård och socialtjänst är angeläget och nödvändigt för att säkerställa en samordnad vård, stöd och omsorg av god kvalitet.

Genom tydliga uppdrag och ansvarsfördelning skapas förutsättningar för en god och trygg vård och omsorg för den enskilde. Vidare stärks och underlättas det goda samarbetet. En annan fördel är att resurser används på rätt sätt, vilket gynnar hela samhället.

Vårt förhållningssätt ska utgå från att:

- Vi utgår från den enskildes behov
- Vi har förtroende för varandras kompetens
- Vi har tillit till att alla gör sitt bästa
- Vi är lojala mot fattade beslut och gällande rutiner
- Vi pratar gott om varandra
- För att lyckas behöver vi varandra

## Mål

Målet för samverkan är att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet ska tillgodoses. Den enskilde med behovsanpassade insatser ska få möjlighet att leva självständigt under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och integritet.

## Personcentrering

Personcentrerad vård och omsorg innebär att flytta fokus från sjukdom till personens erfarenheter och resurser. Genom att utgå från personens individuella resurser och behov anpassas åtgärder och förhållningssätt till individen och den aktuella situationen.

Med utgångspunkt från den enskildas behov kan det upprättas en samordnad individuell plan. Denna ska vara personcentrerad och bör göras tillsammans med den enskilde (ofta tillsammans med närstående) där denne är aktiv i planeringen och genomförandet av den egna vården och omsorgen.

Den enskilda ska få kännedom om rätten till en samordnad individuell plan och verksamheterna ska ha kompetens att erbjuda en sådan.

### **Norrbus**

Region Norrbotten och länets kommuner har gemensamma riktlinjer för samverkan för barn och unga, Norrbus. Målgruppen omfattar alla barn och unga, upp till och med 20 års ålder, som är i behov av stöd och hjälp från fler än en aktör.

Målet för arbetet kring barn och unga i Norrbottens län är att alla barn och unga har ett sådant stöd att de i möjligaste mån kan fostras, bo och leva i sin familj och vara kvar i sin närmiljö/klass som de tillhör.

# Förvaltnings- organisation

Förvaltning för samordnad planering är gemensam mellan Region Norrbotten och länets kommuner.

**Styrgrupp:** Förvaltningen styrs av en gemensam styrgrupp med representanter från Region Norrbotten, Norrbottens Kommuner och länets kommuner.

**Förvaltningsledare:** Region Norrbotten och länets kommuner har var sin förvaltningsledare som tillsammans leder det gemensamma förvaltningsarbetet.

**Objektspecialister:** Region Norrbotten och länets kommuner har objektspecialister i respektive organisation. Objektspecialisterna har som uppgift att testa leveranser, felsöka IT-stödet och ombesörja informations- och kunskapsspridning kring IT-stödet Lifecare SP. Fungerar även som andra linjens support i förvaltningen.

**Superanvändare:** I Region Norrbotten finns det superanvändare i respektive länsdel i primärvården och på respektive sjukhus. I länets kommuner finns det en eller flera superanvändare i respektive kommun. Superanvändarna har till uppdrag att stödja användarstöden och användarna i deras dagliga arbete i IT-stödet samt med samverkansfrågor och processer. De ansvarar också för informations- och kunskapsspridning. Ta emot felanmälan från användare, uppdatera användardokumentation, informations- och kunskapsspridning samt utbilda användarstöd.

**Användarstöd:** På respektive enhet i Region Norrbotten och länets kommuner finns det utsedda användarstöd. Användarstöden har i uppdrag att stödja användarna i deras dagliga arbete i IT-stödet samt med samverkans frågor och processer. De ansvarar för informations- och kunskapsspridning samt att utbilda användare på sin enhet.

**Verksamhetsgruppen:** Består av utsedda superanvändare från Region Norrbotten och länets kommuner. Verksamhetsgruppen har i uppdrag att utreda och bereda ärenden som inkommer från verksamheten och/eller styrgruppen för Samordnad planering med koppling till riktlinjer, rutiner och normalisering av processerna för samordnad planering. Förvaltningsledarna är sammankallande och leder verksamhetsgruppen.

**Länsavstämningsgruppen:** Består av superanvändare från Region Norrbotten och länets kommuner i respektive länsdel. Regionens superanvändarrepresentant i respektive länsdel sammankallar och leder lokalt avstämningsmöte gemensamt för Region Norrbotten och tillhörande kommuner, senast dagen innan länsavstämningsmötet.

Förvaltningsledarna är sammankallande och leder länsavstämningsgruppen.

I gruppen förs dialog om goda exempel, vad som är på gång i de olika länsdelarna samt samverkansfrågor (rutiner, samverkansriktlinjer mm) gällande processerna för samordnad planering vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt i öppenvård och för IT-stödet Lifecare. Syftet är att vidhålla inslagen väg och gemensamt arbetssätt över hela länet utifrån lokala förutsättningar.

**Lokala rutiner:** Respektive huvudman är ansvarig för att introducera och följa upp antagna samverkansriktlinjer. Verksamhetschefen/motsvarande är ansvarig för att rutiner finns för den egna verksamheten. Lokala rutiner ska förtydliga vem som gör vad på lokal nivå.

**Avvikelsehantering:** Vid brister i samverkan ska avvikelserapport skrivas så att förbättringar kan ske. Avvikelse som gäller Region Norrbotten hanteras enligt Region Norrbottens generella rutiner för avvikelsehanteringsprocessen. Avvikelse rapport som gäller kommunen skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen. Avvikelse som gäller kommunen hanteras enligt kommunens lokala rutiner för avvikelsehantering. Avvikelse från kommunerna skickas till verksamhetschef på respektive enhet eller utsedd funktion i respektive division.

**Uppföljning av avvikelser:** Uppföljning av avvikelser som berör samarbetet hanteras i samverkansorganisationen på respektive nivå och verksamhetsgrupp/länsavstämningsgrupp.

**Oenighet vid tillämpning av samverkansriktlinjer:** Frågor angående tillämpning av samverkansrutiner i enskilda ärenden avseende verksamhets- och kostnadsansvar som inte kan lösas i samförstånd ska lyftas till närmaste verksamhetsnivå. I de fall frågan inte kan lösas lyfts frågan till samverkansgrupp på länsdelsnivå.

**Uppföljning:** Uppföljning av följsamhet till processerna sker via gemensamt fastställda indikatorer beslutade av styrgruppen.



# Samordnad individuell plan

De personer som har behov av samordnade insatser ska erbjudas en samordnad individuell plan, SIP. Detta ska ske när en person själv önskar eller personal uppmärksammat behovet. Målet är att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet ska tillgodoses. Den gemensamma planen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde. Den enskilde ska ge sitt samtycke för att informationsöverföring mellan berörda parter ska kunna göras.

Samordnad individuell plan ska klargöra den enskildes mål, vilka insatser som behövs, vem som ska samordna insatserna samt vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för. Det kan vara insatser från flera verksamheter och yrkesföreträdare mellan huvudmän eller inom samma huvudman.

I den samordnade individuella planen ska det framgå beslutade egenvårdsinsatser.

För personer med sammansatta behov är det angeläget att de sociala, medicinska, psykiska och fysiska behoven, inklusive habilitering och rehabilitering tillgodoses ur ett helhetsperspektiv i den samordnade individuella planen. Upprättandet och dokumentationen av SIP'en ska utgå ifrån ett etiskt förhållningssätt baserat på personcentrerad vård, likabehandling och ickediskriminering.

När samordning av insatser för ett barn planeras ska barnets inställning till samordningen så långt som möjligt klarläggas. Ett barn som har uppnått tillräcklig ålder, mognad och utveckling ska ges möjlighet att själv delta aktivt i planeringen av samordningen.

Om den enskilde i särskilda boendeformer för äldre önskar eller om hälso- och sjukvårdspersonal/enhetschef ser ett behov av samordnad individuell planering ska en samordnad individuell plan upprättas. Det är patientens behov som kommer att styra huruvida det räcker med ett inskrivningsmeddelande, meddelande om utskrivningsklar samt utskrivningsmeddelande till primärvård och det särskilda boendet. Det blir den regionfinansierade öppna

vården tillsammans med patienten och ansvarig sjuksköterska/ chef på boendet som avgör om kallelse till samordnad individuell planering ska skickas i samband med utskrivning från sjukhus. För den enskilde i särskilda boendeformer för äldre som inte har behov av samordnad individuell plan sker samverkan, planering, genomförande och uppföljning utifrån upprättade avtal. Planeringen dokumenteras i respektive journalsystem/ verksamhetssystem.

Det är viktigt att komma ihåg att den samordnade individuella planeringen inte är att betrakta som en punktinsats, utan snarare som en process som innebär att berörda enheter har ett löpande samarbete med varandra i både ett kortsiktigt och ett långsiktigt perspektiv.

### **Aktörs-/planeringsmöte**

Aktörs-/planeringsmötet är till för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan verksamheter/professioner inom en huvudman och/eller flera huvudmän som ett led i den egna planeringen. Samtycke krävs av den enskilde för att samordning ska kunna genomföras utan patientens/brukarens medverkan.

Behovet av aktörs-/planeringsmöte kan uppstå inför utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och i den öppna vården när man identifierat ett stort och/eller komplicerat samordningsbehov kring en enskild patient/brukare. Den som identifierar behovet kallar till aktörs-/planeringsmötet i IT-stödet för samordnad planering (Lifecare SP). Det är bara öppenvårdsaktörer som kan kalla till planeringsmöte (hälsocentralen, närpsykiatrin eller kommunen) då funktionen ligger under öppenvårdsprocessen för SIP-kallelser. Om slutenvården upptäcker behovet får hälsocentralen eller närpsykiatrin bistå med att kalla till planeringsmöte i Lifecare SP.

Patientens/brukarens behov är avgörande för hur snabbt ett möte behöver komma till stånd. Deltagarna ska förbereda sig inför mötet genom att sätta sig in i ärendet och se över sitt mandat/uppdrag.

Observera! Aktörs-/planeringsmötet ska inte förväxlas eller ersätta ett samordnat individuellt planeringsmöte (SIP-möte) eller samordnad vårdplanering (tvångsvård).

# Fast vårdkontakt

Fast vårdkontakt regleras i Patientlagen och Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

## När

En fast vårdkontakt ska utses av verksamhetschef om det är nödvändigt för att tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet eller om den enskilde begär det. Den enskildes önskemål ska så långt som det är möjligt respekteras när den fasta vårdkontakten utses. Fast vårdkontakt ska utses inför upprättande av samordnad individuell plan. Den fasta vårdkontakten bör finnas där den huvudsakliga vården bedrivs d.v.s. där grundsjukdomen behandlas eller där personen huvudsakligen vistas. Uppgifter om utsedd fast vårdkontakt ska dokumenteras i verksamhets- eller journalsystemet samt i Lifecare.

Uppgifter om vem/vilka som är fast vårdkontakt visas i den samordnade individuella planen.

Den enskilde kan ha flera fasta vårdkontakter. Det är viktigt att det framgår i den samordnade individuella planen vem av de fasta vårdkontakterna som har samordningsuppdraget.

För personer med livshotande tillstånd ska en fast vårdkontakt utses på läkarnivå. Samordningsuppdraget kan ligga på en annan fast vårdkontakt än läkaren.

## Ansvar

Den fasta vårdkontaktens ansvar är att bistå den enskilde i att samordna dennes behov av hälso- och sjukvårdsinsatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson mot andra berörda aktörer. En fast vårdkontakt ska vara en namngiven person. Den enskilde ska erhålla tydlig information om vem/vilka som är fast vårdkontakt (namn, arbetsplats, telefonnummer).

## Fast vårdkontakt i öppenvård för personer i ordinärt boende

För den enskilde i ordinärt boende ska den fasta vårdkontakten utses i den regionfinansierade öppna vården.

Alla patienter inom hemsjukvården ska ha en fast vårdkontakt med samordningsansvar i den kommunala hälso- och sjukvården och en behandlingsansvarig läkare inom primärvård och/eller specialiserad öppenvård.

### **Fast vårdkontakt för personer i särskilda boendeformer**

För den enskilde i särskilda boendeformer utses den fasta vårdkontakten inom kommunen och en fast läkarkontakt inom primärvård.

### **Fast vårdkontakt vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård**

I samband med utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ska den fasta vårdkontakten utses i den regionfinansierade öppna vården.

I samband med utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ska den fasta vårdkontakten ansvara för att kalla till samordnad individuell planering.

# IT-stöd Lifecare

För en säker informationsöverföring mellan Region Norrbotten och länets kommuner ska ett gemensamt IT-stöd användas, Lifecare. IT-stödet ska användas både vid samordnad individuell planering i öppenvård och vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård för alla personer över 18 år och oavsett diagnos. Det gäller även för öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.

IT-stödet finns för att möta behovet av samverkan och samordning mellan huvudmännen men även inom respektive huvudman för att kunna möta och tillgodose den enskildes samlade behov. En samordnad individuell plan ska upprättas i Lifecare. För att öka den enskildes delaktighet ska denne erhålla sin plan utskrivna på papper och/eller kunna ta del av den via visning på 1177 Vårdguiden.

För hälso- och sjukvårdspersonal samt socialtjänstpersonal gäller även dokumentation av uppgifter i journalsystem/ verksamhetssystem enligt gällande regelverk och lokal rutin.

## Support

Användarstöd och superanvändare är första linjens support till användare på respektive enhet. Uppdraget är att ge användare stöd vid problem med Lifecare.

## Vid driftstörning i Lifecare

- Region Norrbotten - kontaktar Teknikakuten via ärendeportalen eller per telefon.
- Länets kommuner – kontaktar lokal IT-administratör i respektive kommun.

När Lifecare inte går att använda på grund av driftstörning måste nödvändiga kontakter ske via telefon mellan aktörerna. Kontakten och informationsöverföringen som sker per telefon dokumenteras i respektive journalsystem/verksamhetssystem enligt gällande rutin.

# Samordnad individuell plan i öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst

När den enskilde, oavsett ålder och/eller diagnos, har behov av samordnade insatser ska en samordnad individuell plan erbjudas enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Samordnad individuell plan ska även erbjudas och upprättas när den enskilde har behov av samordning från olika verksamheter mellan huvudmän och/eller inom samma huvudman. Om den enskilde önskar eller personal uppmärksammar att den enskilde har behov av samordning ansvarar behörig personal för att inhämta samtycke till att upprätta en samordnad individuell plan. För personer äldre än 18 år ska samtycket dokumenteras i Lifecare. För barn och unga under 18 år dokumenteras samtycke i respektive verksamhets-/ journalsystem enligt Norrbus.

Den samordningsansvarige kan tillsammans med den enskilde registrera den enskildes behov, förmågor och hinder i kartläggningen i Lifecare. Kartläggningen underlättar för kallade aktörer att få en uppfattning om den enskildes behov och vilka insatser som kan bli aktuella. Registreringen i kartläggningen sker endast inför upprättande av samordnad individuell plan i öppenvården.

Genom god och sammanhållen planering ska onödiga inskrivningar på sjukhus undvikas. Samordnad individuell planering i öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst sker vardagar måndag till fredag.

Vid samordning av insatser kring habilitering och rehabilitering ska särskild hänsyn tas till enskilda med långvariga behov. Insatserna kan vara arbetslivsinriktade, medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och tekniska och ska utgå från den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

Enligt gällande hemsjukvårdsavtal ska en samordnad individuell plan alltid upprättas/följas upp för hemsjukvårdspatienter.

Om den enskilde i särskilda boendeformer för äldre önskar eller om hälso- och sjukvårdspersonal/enhetschef ser ett behov av samordnad individuell planering ska samordnad individuell plan erbjudas.

## Kallelse - Samordnad individuell planering

### Ansvarig

Ansvarig för att kallelse till samordnad individuell planering skickas är den personal som uppmärksammar behovet av nya eller förändrade insatser av vård, stöd och omsorg. Den personen blir initialt samordningsansvarig.

I ansvaret ingår att i samråd med den enskilde bedöma vilken eller vilka aktörer som ska närvara för att den samordnade planeringen ska kunna genomföras och den enskildes behov bli tillgodosedda.

### När

Kallelse ska skickas när det finns behov av samordning av insatser/åtgärder mellan huvudmän och/eller inom samma huvudman för att tillgodose den enskildes behov. Kallelse till samordnad individuell planering ska skickas snarast, dock senast inom tre arbetsdagar från det att behovet blivit känt. Själva mötet bör äga rum inom 3-21 dagar. Vid mottagen kallelse ska egenplanering inledas hos respektive huvudman där kontakt tas med den enskilde och eventuellt närstående. Denna planering ska ske inför och vara klar till SIP-mötet.

### Till

Det är den enskildes behov som avgör vilka professioner som ska kallas till möte.

Kallelse till samordnad individuell planering kan skickas till:

- den enskilde och/eller närstående eller legal företrädare
- socialtjänst
- kommunal hälso- och sjukvård
- regionfinansierad primärvård
- annan aktör ex skola, försäkringskassa och arbetsförmedling
- specialistvård (öppen- och slutenvård)

### **Hur**

Den samordningsansvarige ska skicka en kallelse till samordnad planering till de aktörer som bedöms behöva delta i planeringen.

### **Uppföljning av samordnad individuell plan**

Kallelse till uppföljning ska skickas utifrån tidigare överenskommet datum för uppföljning eller när den enskilde tillsammans med den samordningsansvarige beslutat om datum för uppföljning. Kallelsen ska skickas så snart beslut om datum för uppföljning finns överenskommet mellan den enskilde och samordningsansvarig.

### **Ansvarig**

Ansvarig för att kalla till uppföljning av samordnad individuell plan är den samordningsansvarige.

### **I Lifecare**

Registrera kallelsen i Lifecare. Välj mötesform, plats, mötet avser, datum, starttid och sluttid. Lägg till vilka aktörer som ska delta vid mötet. Kontrollera att uppgifter om folkbokförd adress stämmer och registrera den enskildes telefonnummer för att säkerställa att denne kan kontaktas vid behov. Registrera kontaktuppgifter till närstående, framförallt att telefonnummer finns tillgängligt. Kontrollera att kommuntillhörighet och listad hälsocentral stämmer.

### **Möte – Samordnad individuell planering**

Mötet genomförs utifrån den enskildes behov, resurser och önskemål. Mötet kan genomföras i den enskildes hem, på hälsocentralen/öppenvårdsmottagning eller annan lokal den enskilde finner lämpligast. Mötesform kan variera; möte fysiskt i samma lokal, digitalt möte alternativt telefonmöte.

Närstående ska ges möjlighet att delta vid mötet om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

### **Ansvarig**

Ansvarig för att leda mötet är den samordningsansvarige, som också kallat till mötet. Den aktör som kallas till samordnad individuell planering är skyldig att delta och ska bidra till mötet på ett konstruktivt sätt utifrån den enskildes behov. Vid mötet kan ny samordningsansvarig utses. Se bilaga Det goda mötet.



## När

Mötet ska äga rum överenskommen tid och plats.

## Hur

Mötet äger rum på den plats och i den form den enskilde önskar. Det är den enskildes behov som avgör valet av mötesform.

- Fysiskt möte: alla kallade närvarar i samma fysiska lokal. Kan ske i hemmet, hälsocentral, mottagning, kommunal lokal eller annan plats.
- Digitalt möte: den samordningsansvarige ansvarar för att de deltagare som ska delta på distans har tillgång till det virtuella mötesrummets möteslänk.
- Telefonkonferens: den samordningsansvarige ansvarar för att alla deltagare, inklusive patienten och dennes närstående, har kännedom om telefonnummer och möteskod till mötet.

Respektive huvudman ansvarar för den egna digitala tekniska utrustningen.

## Riktlinjer för mötet

För den enskilde som har behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser/socialtjänstinsatser i hemmet ansvarar kommunens personal för mottagandet och svarar för att ansluta ansvarig läkare till mötet.

För barn och unga under 18 år ansvarar den regionfinansierade öppna vården för att delta i mötet tillsammans med barnet/den unga och ansluta andra aktörer.

För den enskilde med behov av socialtjänst och regionfinansierad hälso- och sjukvård bistår den personal som deltar i mötet tillsammans med den enskilde för att ansluta andra aktörer. Mötet kan exempelvis hållas på hälsocentralen, i den enskildes hem eller i skolan utifrån personens behov.

För den enskilde som själv, eller med hjälp av närstående, klarar av att koppla upp sig till ett samordnat planeringsmöte via telefon eller digitalt möte kan övriga deltagare medverka via digital teknik.

## Samordnad individuell plan - SIP

Upprättande av samordnad individuell plan får endast göras om den enskilde har lämnat samtycke. Den enskilde kan välja att anta eller avstå erbjudna insatser. En huvudman kan inte erbjuda eller fatta beslut om insatser som någon annan ska tillhandahålla.

### Ansvarig

Att en samordnad individuell plan utformas är ett gemensamt ansvar för de aktörer som företräder berörda huvudmän. Huvudregeln är att den aktör som har mest kontakt med den enskilde får det övergripande ansvaret för samordningen.

Den som kallar till mötet (den samordningsansvarige) har ansvaret att göra den enskilde delaktig i den samordnade individuella planeringen. Den samordningsansvarige har ansvar för att upprättad plan lämnas till den enskilde.

### När

Samordnad individuell plan ska upprättas när samordning behövs för att den enskilde ska få sina behov av samordning tillgodosedda. Samordnad individuell plan ska upprättas inom 3-21 dagar från det att behovet blivit känt.

Samordnad individuell plan ska vara dokumenterad av deltagande aktörer inom tre dagar efter det att mötet ägt rum.

Den samordnade individuella planen ska kontinuerligt följas upp av berörda aktörer tillsammans med den enskilde utifrån den enskildes behov, dock minst en gång per år.

### Vad

Samordnad individuell plan ska innehålla uppgifter om den enskildes egna mål, beskrivna behov och egna resurser. Respektive aktör ska tillsammans med den enskilde planera insatser för att möta beskrivna behov. I den samordnade individuella planen ska uppgifter om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats dokumenteras.

### Uppföljning

Vid upprättande av den samordnade individuella planen ska datum för uppföljning beslutas och dokumenteras, samt vem som ansvarar för vad.

I den samordnade individuella planen ska det framgå:

- den enskildes huvudmål och delmål
- vilka insatser/åtgärder som behövs
- vilka insatser/åtgärder som respektive aktör eller den enskilde själv ska svara för
- vilka insatser/åtgärder som vidtas av någon annan än Region Norrbotten eller kommunen
- vilken aktör som ska ha samordningsansvaret
- tidsplan för måluppfyllelse, insatser, uppföljning och utvärdering

### **Avsluta samordnad individuell plan**

När målen är uppfyllda och det inte längre finns behov av insatser som behöver samordnas eller om den enskilde drar tillbaka sitt samtycke ska den samordnade individuella planen avslutas. Den samordningsansvarige ansvarar för att avsluta planen och ska även ange orsak.

När den enskilde avlider ska den samordnad individuella planen avslutas. Den som har kännedom om att den enskilde avlidit ansvarar för att registrera att personen är avliden i Lifecare.

### **I Lifecare**

Respektive aktör ska dokumentera sin del i den samordnade individuella planen i Lifecare inom tre dagar från det att mötet ägt rum. Planen ska kommuniceras muntligt, skriftligt eller digitalt via 1177 journalen via nätet utifrån den enskildes önskemål.

# Samverkan vid utskrivning från slutenvård hälsa- och sjukvård

Samverkan vid utskrivning från slutenvård hälsa- och sjukvård regleras i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård (2017:612). Denna lag syftar till att främja en god vård, stöd och omsorg av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, åtgärder från den kommunalt finansierade hälsa- och sjukvården och/eller den regionfinansierade öppna vården. En patient med behov av insatser/åtgärder efter utskrivning ska så snart som möjligt skrivas ut från den slutna vården efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

## Lagen syftar till:

- Säkerställa en god samordning av hälsa- och sjukvårdsåtgärder utifrån patientens behov efter utskrivning från sjukhus.
- Öka patientens delaktighet.
- Främja korta ledtider och att patienten ska skrivas ut från den slutna vården när patienten är bedömd utskrivningsklar, årets alla dagar.
- När de berörda aktörerna har mottagit inskrivningsmeddelandet ska de påbörja sin egenplanering av de insatser/åtgärder som är nödvändiga i dialog med patienten för att denna ska kunna skrivas ut på ett tryggt och säkert sätt.
- Den regionfinansierade öppna vården ska aktivt medverka och därigenom nå en ökad delaktighet i planeringsarbetet avseende vilken vård patienten behöver efter utskrivning.
- En samordnad individuell plan ska erbjudas utifrån behov oavsett ålder och diagnos.
- Den enskilde har rätt att få en samordnad individuell plan upprättad som följer denne oavsett om den upprättas i öppenvård eller i anslutning till utskrivning från slutenvård hälsa- och sjukvård.
- Den samordnade individuella planeringen ska i möjligaste mån ske efter utskrivning.
- För patienter med samordningsbehov mellan flera aktörer ska även målet med den samordnade individuella planen vara att minska risken för återinskrivning i slutenvården.

Samordnad individuell plan ska upprättas tillsammans med patienten inom 21 dagar efter utskrivning från slutenvård för de som har behov av samordnad individuell planering. Detta gäller även för patienter i LSS- och psykiatriboenden. Har patienten en upprättad plan ska denna följas upp inom 21 dagar efter utskrivning från slutenvården. Tiden måste anpassas till behoven hos den enskilde.

### **Informationsöverföring och samtycke**

Utgångspunkten för all vård och behandling är ett väl utvecklat samarbete med patienten/den enskilde själv och, i förekommande fall, hans eller hennes närstående. Därför bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten alltid i första hand efterfråga patientens inställning till att uppgifter lämnas ut och på så sätt utverka ett samtycke till informationsöverföringen.

Vid all informationsöverföring är det viktigt att komma ihåg att det är den myndighet/aktör som har de sekretesskyddade uppgifterna som har en skyldighet att göra en prövning av om uppgifterna kan lämnas ut. Det är alltså den myndigheten/aktören som måste säkerställa att den enskilde samtycker till utlämnandet. Det betyder i sin tur att utgångspunkten är att varje berörd myndighet/aktör själv måste inhämta den enskildes inställning till saken innan sekretesskyddade uppgifter kan lämnas ut.

### **Behandlande läkare**

#### **Behandlande läkares ansvar**

Den behandlande läkaren ska ansvara för att bedöma:

- Om patienten kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller den regionfinansierade öppna vården efter det att patienten har skrivits ut.
- Den behandlande läkaren ska även bedöma preliminärt utskrivningsdatum.

#### **När**

Bedömningen ska ske i samband med det att patienten skrivs in i slutenvård eller så snart det är lämpligt utifrån patientens hälsotillstånd.

#### **Inskrivningsmeddelande**

Inskrivningsmeddelande ska skickas för en patient där den behandlande läkaren bedömer att nya eller fortsatta insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård och/eller

regionfinansierad öppenvård kan komma att bli aktuella efter utskrivning från slutenvården för att patientens hemgång ska bli trygg och säker.

Om patienten inte lämnar samtycke till informationsöverföring får bara inskrivningsmeddelande och utskrivningsmeddelande skickas. Den enskilde ska då skrivas ut när den inte längre är i behov av slutenvård och därmed utfaller inte heller något betalningsansvar. Vid behov av insatser får den enskilde själv ansvara för nödvändiga kontakter. Görs menprövning avseende informationsöverföring och sammanhållen journal ska detta även journalföras. Patienten ska göras delaktig i processen.

Utrednings- och planeringsarbetet, det vill säga egenplaneringen, ska starta så snart inskrivningsmeddelandet är skickat.

### Ansvarig

Ansvarig för bedömning om patienten har behov av insatser efter utskrivning är den behandlande läkaren i slutenvården. Det innebär att läkaren ska avgöra om ett inskrivningsmeddelande ska skickas. De administrativa uppgifterna kan utföras av alla yrkesprofessioner.

### När

Inskrivningsmeddelande ska skickas inom 24 timmar efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten kan komma att ha behov av fortsatta eller nya insatser/åtgärder efter utskrivning från följande:

- socialtjänst
- kommunal hälso- och sjukvård
- personer som bor i särskilda boendeformer
- regionfinansierad öppenvård ex primärvård, psykiatrisk öppenvård eller annan öppenvård

Mottagande aktörer ska kvittera inskrivningsmeddelandet senast klockan 12.00 årets alla dagar. Verksamheterna ska påbörja den egna planeringen tillsammans med patienten och/eller dess närstående snarast efter det att inskrivningsmeddelandet är skickat.

### Till

Inskrivningsmeddelande skickas till socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den regionfinansierade öppna vården om patienten bedömts ha behov av insatser/åtgärder efter det att patienten har skrivits ut från den slutna hälso- och sjukvården eller om patienten har pågående insatser/åtgärder sedan tidigare.

Ett inskrivningsmeddelande ska alltid skickas till den regionfinansierade öppna vården även om patienten endast bedöms ha behov av insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvård. Detta har sin grund i att den kommunala hälso- och sjukvården inte ansvarar för läkarinsatser vilket innebär att läkare i regionens öppna vård har ett medicinskt ansvar för patienten.

### Vem

Den behandlingsansvarige läkaren i slutenvården ska göra bedömningen om patienten har behov av insatser/åtgärder efter utskrivning. Inskrivningsmeddelandet skickas av utsedd funktion inom slutenvården (vårdavdelning eller allmänmedicinska slutenvårdsplatser (tidigare benämnda obsplatser)). Inskrivningsmeddelandet kvitteras av utsedd funktion hos respektive aktör.

### Vad

I inskrivningsmeddelandet ska preliminärt utskrivningsdatum framgå samt inskrivningsorsak. När inskrivningsmeddelandet är skickat ska mottagande aktörer påbörja den **egna planeringen** omgående i samråd med patienten och/eller dess närstående. Den egna planeringen ska kunna genomföras årets alla dagar. Den egna planeringen syftar till att varje aktör själv planerar tillsammans med den enskilde och ev. närstående om vilka insatser/åtgärder som är aktuella för patienten för att denne ska kunna komma hem på ett tryggt och säkert sätt efter slutenvårdsvistelsen. Samtliga berörda aktörer ansvarar för att genomföra effektiva planeringsprocesser och vid behov utbyta information inom respektive huvudman och mellan huvudmännen. Riktmärke för när dessa insatser/åtgärder ska finnas på plats är det beräknat utskrivningsdatum som framgår i inskrivningsmeddelandet i Lifecare.

Kontrollera att patientens eventuella mobilnummer finns registrerat i Lifecare för att säkerställa att denne kan kontaktas vid behov. Kontrollera att kontaktuppgifter till närstående, framför allt att mobilnummer finns registrerat i Lifecare.

### Vid nekat samtycke till informationsöverföring

Uppgifter som ska finnas med i inskrivningsmeddelandet och kan skickas utan samtycke:

- patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress
- beräknad tidpunkt för utskrivning dvs. beräknat utskrivningsdatum (kan kompletteras inom 24 timmar eller registreras så snart behov av insatser efter utskrivning identifierats)
- om beräknad tidpunkt för utskrivning förändras ska inskrivningsmeddelandet uppdateras med nytt beräknat utskrivningsdatum och skickas på nytt så snart det är möjligt.

## Planeringsunderlag

I samband med att slutenvården skickar inskrivningsmeddelande ska de också upprätta ett planeringsunderlag. Planeringsunderlaget innehåller ett antal frågor om den enskildes hälsotillstånd, resurser och behov. I Lifecare fungerar planeringsunderlaget som ett stöd för den egna planeringen. Den egna planeringen ska genomföras i dialog med den enskilde och eventuellt närstående.

## Ansvarig

Ansvarig funktion för att planeringsunderlaget registreras ska utses på respektive vårdavdelning/allmänmedicinsk slutenvårdsplats (tidigare benämnd obs-plats) av verksamhetschef i den slutna vården.

## När

Planeringsunderlaget ska fyllas i av slutenvården inom 24 timmar efter det att inskrivningsmeddelandet är skickat.

Planeringsunderlaget ska uppdateras så snart som möjligt när patientens tillstånd, behov eller resurser förändras.

När mottagare av inskrivningsmeddelandet kvitterar detta får de svara på ett antal frågor som adderas till det påbörjade planeringsunderlaget.

## Vad

Av planeringsunderlaget framgår patientens bedömda behov av fortsatta insatser och åtgärder efter utskrivning.

## I Lifecare

Svara på de ja/nej frågor som ingår i planeringsunderlaget samt lämna kommentarer för att tydliggöra patientens bedömda behov.

## Fast vårdkontakt

För både den somatiska och den psykiatriska vården innebär den samverkanslagen att den regionfinansierade öppna vården får en ny och mer aktiv roll än tidigare vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Verksamhetschefen vid den regionfinansierade öppna vården ska utse fast vårdkontakt för patienten som ska vara en tydligt utpekad person som ansvarar för patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning inför och efter utskrivning.



Den fasta vårdkontakten blir ansvarig i samband med utskrivning från slutna hälso- och sjukvård för att kalla till samordnad individuell planering om patienten samtycker till detta. Inför utskrivning ska den regionfinansierade öppenvården dokumentera i patientinformationen i Lifecare vem som är patientens fasta vårdkontakt.

### **När**

När den regionfinansierade öppna vården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande ska fast vårdkontakt utses vid den regionfinansierade öppenvårdsenheten. Den fasta vårdkontakten ska utses så snart som möjligt dock senast innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

### **Ansvarig**

Verksamhetschefen ansvarar för att utse den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppenvården.

Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten, får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt.

Även om patienten sedan tidigare har en fast vårdkontakt utsedd inom den kommunala hälso- och sjukvården ska den regionfinansierade öppna vården utse en fast vårdkontakt för patienten i samband med utskrivning från slutenvård.

### **Utskrivningsklar**

När den behandlande läkaren i slutenvården bedömt att patienten är utskrivningsklar ska meddelande om detta skickas till de aktörer som mottagit inskrivningsmeddelandet.

När meddelande om utskrivningsklar är skickat ska mottagande aktörers egna planering vara klar så att patienten kan komma hem samma dag.

Nödvändiga dokument inför hemgång ska vara klara, t ex patientinformation (PINF), uppdaterad läkemedelslista och vid behov en kopia av planeringen för egenvården (s.k. egenvårdsintyg). Det preliminära datum för utskrivning som anges i inskrivningsmeddelandet bör överensstämma med faktiskt datum för utskrivningsklar. Om preliminärt datum för utskrivning ändras måste meddelandet uppdateras för att ge mottagande aktörer möjlighet att ändra planeringen.

### Ansvarig

Det är den behandlande läkaren i den slutna hälso- och sjukvården som bedömer när patienten är utskrivningsklar. Den bedömningen kan inte göras av andra yrkesprofessioner.

Mottagande aktörer ansvarar för att meddela slutenvården när och hur de kan ta emot patienten i hemmet efter utskrivning. Den egna planeringen ska vara klar och patienten ska kunna erbjudas att komma hem samma dag som meddelande om utskrivningsklar skickats. Det gäller årets alla dagar.

### När

Meddelande om att patienten är utskrivningsklar ska skickas så snart som möjligt efter att patienten bedömts utskrivningsklar. Om meddelande om utskrivningsklar skickas före klockan 12.00 räknas den dagen som dag ett vid beräkning av betalningsansvar och betalningsansvaret inträder tre dagar efter underrättelsen skickats. Om meddelandet skickas efter klockan 12.00 räknas den dagen som dag ett men betalningsansvaret inträder fyra dagar efter underrättelsen skickats.

Mottagande aktörer ska kvittera meddelandet om utskrivningsklar snarast, dock senast klockan 12.00 årets alla dagar.

### I Lifecare

Utskrivningsklar registreras i Lifecare och skickas till de aktörer som mottagit inskrivningsmeddelandet.

Uppgifter som ska finnas med:

- datum för när patienten är bedömd som utskrivningsklar
- ansvarig läkare/kontaktperson inom den slutna vården
- ansvarig sjuksköterska inom den slutna vården
- läkaransvar överlämnat till (namngiven person inom regionfinansierade öppna vården)

Mottagande aktörer ska meddela slutna hälso- och sjukvård via generellt meddelande i Lifecare tidpunkt för när deras insatser/åtgärder kan påbörjas och patienten därmed kan skrivas ut.

### Patientinformation

Mottagande aktörer av meddelande om utskrivningsklar ska i formuläret Patientinformation i Lifecare dokumentera den egna planeringen, det vill säga uppgifter om planering för vård och omsorg efter utskrivningen. Detta då patienten som skrivs ut från slutenvården ska få en sammanfattande information om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppna vården.

Om information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt samt tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras. Patientinformationen ska skrivas ut av slutenvården och ges till patienten i samband med utskrivning.

### **Kallelse till Samordnad individuell plan**

För patienter som vårdas i sluten hälso- och sjukvård och samtycker till samordnad individuell plan ska kallelse till SIP skickas senast tre dagar efter att meddelande om utskrivningsklar är skickat i Lifecare. Det är patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården som är ansvarig för att skicka kallelsen till berörda enheter. Läs mer under rubriken – Samordnad individuell planering efter utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

### **Allmänmedicinska slutenvårdsplatser**

För utskrivningsklara patienter vid allmänmedicinska slutenvårdsplatser (tidigare benämnda obs-platser) ska samordnad individuell planering vid utskrivning genomföras på samma sätt som för patienter som skrivs ut från sjukhus.

### **Utskrivningsmeddelande**

De aktörer som mottagit inskrivningsmeddelandet ska meddelas om att patienten blir utskriven från den slutna vården.

### **Ansvarig**

Ansvarig för att meddelande skickas är den slutna vården där patienten är inskriven. Den slutna vården ansvarar för att bevaka och säkerställa att patienten inte skickas hem innan insatserna/åtgärderna är på plats.

Om patienten väljer att skriva ut sig från slutenvården innan insatserna/åtgärderna är på plats måste slutenvården meddela övriga aktörer detta. Slutenvården måste informera patienten om att insatserna/åtgärderna inte kommer igång förrän meddelad tidpunkt, detta ska dokumenteras i journalsystemet.

### **När**

Utskrivningsmeddelande ska skickas när patienten skrivs ut från den slutna hälso- och sjukvården, det vill säga när patienten lämnar vårdavdelningen/allmänmedicinska slutenvårdsplatsen (tidigare benämnd obs-plats).

Mottagande aktörer ska kvittera utskrivningsmeddelandet snarast, dock senast klockan 12.00 årets alla dagar.

Utskrivning ska kunna ske årets alla dagar.

### **Till**

Utskrivningsmeddelande skickas till de aktörer som mottagit inskrivningsmeddelandet.

### **Observera**

Har patienten tackat nej till erbjudandet om samordnad individuell planering ska det registreras i Lifecare. Om patienten avlidit under vårdtillfället ska detta registreras i Lifecare genom att avsluta processen under översikt och ange orsak avliden. Det avslutar då vårdtillfället och eventuellt pågående samordnad individuell plan.

### **I Lifecare**

Utskrivningsmeddelandet registreras i Lifecare. Uppgifter om datum för hemgång samt nödvändig information ska dokumenteras.

### **Vård av annan huvudman**

För de patienter som planeras för vård av annan huvudman än Region Norrbotten ska Vårdgarantienheten inom Region Norrbotten informera den enskilde att om denne har insatser från fler aktörer behöver den enskilde informera dessa aktörer om den planerade insatsen (t.ex. hälsocentral, hemtjänst, hemsjukvård osv.). Om den enskilde inte för tillfället har, men förväntas behöva insatser efter den planerade vården är den enskilde ansvarig för att ta nödvändiga kontakter innan den planerade vården. Detta för att förbereda aktörerna (t.ex. hälsocentralen och/eller kommunens biståndsenhet) om kommande behov. Region Norrbotten behöver fortsatt formulera rutiner kopplat till dessa vårdtillfällen för att säkerställa att den enskilde får en trygg, patientsäker och jämlik vård.

# Samordnad individuell planering efter utskrivning från slutenvård

Om patienten efter utskrivning har behov av samordning av insatser och åtgärder från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst oavsett ålder och diagnos så ska en samordnad individuell plan erbjudas till patienten. För att upprätta den samordnade individuella planen krävs patientens samtycke. För patienter med samordningsbehov mellan flera aktörer ska även målet med den samordnade individuella planen vara att minska risken för återinskrivning i slutenvården.

## Kallelse till Samordnad individuell plan (utskrivningsprocessen)

För patienter som vårdas i slutenvård och samtycker till samordnad individuell plan ska kallelse till samordnad individuell planering skickas senast tre dagar efter att meddelande om utskrivningsklar är skickat i Lifecare.

## Ansvarig

Ansvarig för att kallelse till samordnad individuell planering skickas är den utsedda fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppenvården. I ansvaret ingår att i samråd med patienten bedöma vilken eller vilka aktörer som ska närvara för att den samordnade planeringen ska kunna genomföras och patientens behov bli tillgodosedda.

## När

Kallelse ska skickas när det finns behov av samordning av insatser/ åtgärder mellan huvudmän och/eller inom samma huvudman att tillgodose patientens behov. Kallelse ska inte skickas när patienten endast har behov av socialtjänst, inte samtycker till samordnad individuell planering eller saknar samordningsbehov.

### Till

Det är patientens behov som avgör vilka professioner som ska kallas. Tänk på att minimera antalet professioner som kallas till planeringen eftersom det är en utsatt situation för patienten.

Kallelse till samordnad individuell planering i samband med utskrivning kan skickas till:

- den enskilde och/eller närstående eller legal företrädare
- socialtjänst
- kommunal hälso- och sjukvård
- regionfinansierad öppenvård ex primärvård, psykiatrisk öppenvård eller annan öppenvård
- specialistsjukvård (öppen- och slutenvård)
- annan aktör ex arbetsgivare, försäkringskassa, skola.

### Hur

Den fasta vårdkontakten ska skicka en kallelse till berörda aktörer i Lifecare. Till patienten, närstående och extern aktör skrivs kallelsen ut på papper och skickas som brev.

Om kallelse skickas innan patienten är utskriven från den slutna hälso- och sjukvården ska den fasta vårdkontakten dokumentera i patientinformationen tidpunkten för är den samordnad individuella planering avses att genomföras.

### I Lifecare

Registrera kallelsen i Lifecare. Välj mötesform, plats, mötet avser, datum, starttid och sluttid utifrån vad som är överenskommet med patienten. Lägg till vilka aktörer som ska delta vid mötet.

### Möte – Samordnad individuell planering (utskrivningsprocessen)

Mötet genomförs utifrån patientens behov, resurser och önskemål. Mötet kan genomföras i patientens hem, på hälsocentralen/ öppenvårdsmottagning eller annan lokal patienten finner lämplig. Mötesform kan variera; möte fysiskt i samma lokal, telefonkonferens alternativt via digitalt möte. Mötet sker nästan uteslutande efter det att patienten skrivits ut från den slutna hälso- och sjukvården.

Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

### Ansvarig

Ansvarig för att leda mötet är den fasta vårdkontakten, som också kallat till mötet. Alla medverkande ska bidra i mötet på ett konstruktivt sätt utifrån ett personcentrat förhållningssätt. Se bilaga Det goda mötet.

Den aktör som kallas till samordnad individuell planering är skyldig att delta.

### När

Mötet ska äga rum överenskommen tid och plats.

### Hur

Mötet äger rum på den plats och i den form patienten önskar. Det är patientens behov som avgör valet av mötesform.

- Fysiskt möte: alla kallade närvarar i samma fysiska lokal. Kan ske i hemmet, hälsocentral, mottagning, kommunal lokal eller annan plats.
- Digitalt möte: den samordningsansvarige ansvarar för att de deltagare som ska delta på distans har tillgång till det virtuella mötesrummets möteslänk. Samordningsansvarig säkerställer att inbjudna deltagare identifieras och att endast inbjudna deltagare finns i det virtuella rummet.
- Telefonkonferens: den samordningsansvarige ansvarar för att alla deltagare, inklusive patienten och dennes närstående, har kännedom om telefonnummer och möteskod till mötet.

Det viktiga är att det finns ett deltagande från aktörernas professioner som är kallade så att den samordnade individuella planen kan upprättas tillsammans med patienten.

Respektive huvudman ansvarar för den egna digitala tekniska utrustningen.

### Anslutning/Uppkoppling till distansmöte

När den egna planeringen är genomförd och patienten är aktuell för utskrivning och är bedömd att ha behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet ansvarar kommunens hälso- och sjukvårdspersonal för mottagandet och svarar för att ansluta ansvarig läkare till mötet.

För barn och unga under 18 år ansvarar den regionfinansierade öppna vården för att delta i mötet tillsammans med patienten och ansluta andra aktörer.

För patient som har behov av regionfinansierad hälso- och sjukvård och socialtjänst ska den personal som deltar i mötet tillsammans med patienten, svara för att ansluta andra aktörer. Det kan vara ansvarig inom hälsocentral/öppna mottagningar eller inom socialtjänsten, på den plats den enskilde väljer. Exempelvis hälsocentral, hemmet, skola etc.

För patient som själv, eller med hjälp av närstående, klarar av att koppla upp sig till ett samordnat planeringsmöte via telefon eller digital länk kan övriga deltagare medverka via digital teknik.

### **Samordnad individuell plan – SIP (utskrivningsprocessen)**

Med samordnad individuell planering avses samordning mellan patientens behov och önskemål och aktörernas planerade insatser. Upprättande av samordnad individuell plan får endast göras om patienten har lämnat samtycke. Patienten kan välja att anta eller avstå erbjudna insatser/åtgärder. En huvudman kan inte erbjuda eller fatta beslut om insatser och/eller åtgärder som någon annan ska tillhandahålla.

#### **Ansvarig**

Att en samordnad individuell plan utformas är ett gemensamt ansvar för berörda huvudmän. Den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppenvården har ansvar för att kalla till samordnat individuellt planeringsmöte i samband med utskrivning från slutenvården samt att göra patienten delaktig i mötet. Vid upprättande eller uppföljning av samordnad individuell plan i samband med utskrivning från slutna hälso- och sjukvård är det den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppenvården som har ansvar för att delge patienten planen.

Huvudregeln är att den aktör som framgent har mest kontakt med den enskilde får det fortsatta övergripande ansvaret för samordningen och utses till fast samordningsansvarig. Notera att det inte krävs en samordnad individuell plan för att patienten ska kunna få hjälp med stöd, vård och omsorg efter utskrivning från slutna hälso- och sjukvård däremot blir det ingen samordning mellan aktörerna.

#### **När**

Samordnad individuell plan ska upprättas när samordning behövs för att patienten ska få sina behov av samordning tillgodosedda. Samordnad individuell plan ska vara dokumenterad av deltagande aktörer inom tre dagar efter det att mötet ägt rum.



Den samordnade individuella planen ska kontinuerligt följas upp av berörda aktörer tillsammans med patienten utifrån patientens behov, dock minst engång per år.

### Vad

Den samordnade individuella planen ska innehålla uppgifter om patientens egna mål, beskrivna behov och egna resurser. Respektive aktör ska tillsammans med patienten planera insatser/åtgärder för att möta beskrivna behov. I den samordnade individuella planen ska uppgifter om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats/åtgärd dokumenteras.

### Uppföljning

Vid upprättande av den samordnade individuella planen ska datum för uppföljning beslutas och dokumenteras, samt vem som är samordningsansvarig.

I den samordnade individuella planen ska det framgå:

- patienten huvudmål och delmål
- vilka insatser/åtgärder som behövs
- vilka insatser/åtgärder som respektive aktör eller patienten själv ska svara för
- vilka insatser/åtgärder som vidtas av någon annan än Region Norrbotten eller kommunen
- vilken enhet/profession som ska ha det övergripande ansvaret för planen
- tidsplan för måluppfyllelse, insatser, uppföljning och utvärdering

### Avsluta samordnad individuell plan

När målen är uppfyllda och det inte längre finns behov av insatser/åtgärder som behöver samordnas eller om den enskilde drar tillbaka sitt samtycke ska den samordnade individuella planen avslutas. Den samordningsansvarige ansvarar för att avsluta planen och ska även ange orsak.

När patienten avlider ska den samordnade individuella planen avslutas. Den som har kännedom om att den enskilde avlidit ansvarar för att registrera att personen är avliden i IT-stödet.

### I Lifecare

Respektive aktör ska dokumentera sin del i den samordnade individuella planen i Lifecare inom tre dagar från det att mötet ägt rum. Den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppenvården ska kommunicera planen med patienten muntligt, skriftligt och/eller digitalt via 1177 utifrån patientens önskemål.

# Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård

## Öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) och öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV)

Om patienten inte längre har ett nödvändigt behov av psykiatrisk dygnetruntvård (sluten) kan tvångsvården under vissa förutsättningar omvandlas till öppen psykiatrisk tvångsvård. Så är även fallet med sluten rättspsykiatrisk vård. Om patient som ges sluten rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning inte har ett nödvändigt behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård kan tvångsvården under vissa förutsättningar omvandlas till öppen rättspsykiatrisk vård.

I vissa fall behöver en patient en längre anpassningsperiod för ett liv utanför vårdinrättningen. Andra patienter som inte är i behov av att vistas på en sjukvårdsinrättning men som under en längre tid behöver en tydlig struktur kring medicinering, boende eller sysselsättning för att inte försämrats i sin psykiska sjukdom. Syftet med denna vårdform är att för dessa patienter skapa bättre förutsättningar för utslussning och rehabilitering till ett liv utanför sjukvårdsinrättningen och minska behovet av återkommande återintagningar i tvångsvård.

### **Avgränsning**

Öppen rättspsykiatrisk vård kan inte ges till den som på annat vis är frihetsberövad, är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning. Vårdformen kan heller inte ges den som är intagen eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt.

### **Beslut**

Beslut att ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård görs av chefsöverläkaren eller specialist inom psykiatri med chefsöverläkaruppdrag. Ansökan ska göras i det syfte som beskrivs ovan för de patienter där det inte går att bedriva vård på frivillig basis och som, utan villkor i öppenvård, snabbt

återinsjuknar eller inte kan skrivas ut från slutenvård. Ansökan görs till Förvaltningsrätten. Förvaltningsrättens beslut skall omedelbart meddelas alla inblandade aktörer. I ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård ska det anges/beskrivas vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården och vilka särskilda villkor som rätten bör föreskriva. Till ansökan ska det fogas en sådan samordnad vårdplan som avses nedan.

Det är även chefsöverläkaren eller specialist inom psykiatri med chefsöverläkaruppdrag som beslutar om förlängd ansökan om ÖPT eller ÖRV. Inför ansökan om fortsatt ÖPT eller ÖRV ska en uppföljning av den samordnade vårdplanen göras.

### Samordnad vårdplanering

Om denna vårdform är aktuell kallar chefsöverläkare/specialist i psykiatri med chefsöverläkaruppdrag (eller enligt rutin som finns på arbetsplatsen) till samordnad vårdplanering. Aktuella aktörer kan vara handläggare och/eller chefer inom socialtjänsten, primärvård, närpsykiatri och försäkringskassan m.fl. I normalfall skall patienten lämna sitt samtycke till informationsutbyte mellan parterna. Om patienten motsätter sig informationsutbyte skall detta i normalfallet respekteras, men utbyte av sådan information som är nödvändig för att genomföra en samordnad vårdplanering hindras inte av sekretesslagen.

Det är chefsöverläkaren som svarar för att en samordnad vårdplan upprättas om han eller hon bedömer att patienten kommer att vara i behov av insatser från andra enheter i samband med den öppna psykiatriska tvångsvården. Ansvaret innebär även att berörda instanser kontaktas. Den samordnade vårdplanen är upprättad när den har justerats av enheterna. Den samordnade vårdplanen ska vara dokumenterad av deltagande aktörer inom tre dagar efter det att mötet ägt rum. Om inga insatser behövs från andra instanser skall inget samråd ske, dock skall en samordnad vårdplan upprättas och bifogas ansökan till förvaltningsrätten.

### Kontinuerlig information

En förutsättning för att chefsöverläkaren ska kunna veta om en patient åter behöver vårdas på sjukvårdsinrättningen är att han eller hon håller sig löpande informerad om patientens situation. En lämplig ordning kan vara att det anges i den samordnade vårdplanen hur informationsutbytet ska ske mellan regionen och kommunen. Genom kontakter med patienten, närstående, psykiatrisk öppenvård och socialtjänsten kan chefsöverläkaren

skaffa sig en kontinuerlig bild av patientens sjukdomsförlopp och livssituation. Av 43 § LPT (och genom hänvisning i 24 § LRV) framgår att uppgifter om en patient ska lämnas utan hinder av sekretess från hälso- och sjukvården och socialtjänsten om det behövs för att chefsöverläkaren ska kunna fullgöra sina åligganden enligt lagen. Chefsöverläkaren ansvarar för att fatta beslut om fortsatt anmälan/ansökan eller avslutande av tvångsvården. Ett sådant åliggande får anses vara att fatta beslut alternativt ansöka om sluten psykiatrisk tvångsvård eller sluten rättspsykiatrisk vård när chefsöverläkaren bedömer att det finns förutsättningar för det.

### Villkor

Vid beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård ska förvaltningsrätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 § 1 st. 2 p. LPT som ska gälla för vården. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor.

Exempel på villkor som får föreskrivas får avse:

- Skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård och behandling
- Skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten.
- Skyldighet att vistas på bestämd vistelseort, bostad, arbete eller delta i utbildning.
- Förbud mot att använda berusningsmedel.
- Förbud mot att vistas på en viss plats eller ta kontakt med en viss person, eller annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.

När det gäller patient som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning (SUP) skall i bilaga redogöras för återfallsrisken enligt 16 § LRV. Även en särskild redogörelse lämnas för den utredning som har gjorts avseende återfallsrisken och för de insatser som har planerats för att motverka att patienten återfaller i brottslighet av allvarligt slag.

De villkor som kan komma ifråga kan därmed avse förutom medicinering och andra sjukvårdsinsatser även boende, sysselsättning, stöd och service, social rehabilitering eller andra insatser enligt SoL och LSS. Även andra åtgärder som bedöms vara nödvändiga för att en patient inte skall återinsjukna eller återfalla i missbruk och tidigare socialt mönster kan bli aktuella.

I varje enskilt fall bör det noga prövas om villkoren uppfyller dessa krav och syften.

Villkoren anger endast vad patienten ur ett tvångsvårdsperspektiv måste göra eller inte får göra. Villkoren styr därmed i praktiken endast i begränsad utsträckning det faktiska innehållet i vården. I den samordnade vårdplanen framgår innehållet.

Om behov av att ändra villkor under pågående öppen psykiatrisk tvångsvård/ öppen rättspsykiatrisk vård uppkommer får en ny ansökan om öppen psykiatrisk/öppen rättspsykiatrisk vård med nya villkor lämnas in till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten kan enligt 26 § LPT, 12 a och 16 a §§ LRV överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om villkoren. I sådana situationer kan chefsöverläkarens beslut om villkor överklagas av patienten till förvaltningsrätten (33 § andra stycket 5 LPT och 18 § andra stycket 9 LRV).

### **Tvångsåtgärder**

Under vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård får inga tvångsåtgärder tillgripas.

# Egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en person själv kan utföra eller med hjälp av någon annan. Ett sätt att skilja på hälso- och sjukvård och egenvård är att bedöma om åtgärden kräver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Om det krävs sådan personal är det fråga om hälso- och sjukvård och då omfattas den av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Bedömning av om en åtgärd kan utföras som egenvård är en uppgift för hälso- och sjukvården. Detsamma gäller för planering och uppföljning.

Egenvård innebär en juridisk förflyttning av ansvaret från hälso- och sjukvården till den enskilde.

## Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att upprätta och införa de rutiner som behövs i verksamheten för att underlätta bedömning, samråd och planering för egenvård.

Den som gör egenvårdsbedömning ansvarar för att ta del av och följa de sju steg som ingår i bedömningen vilka beskrivs nedan.

## Vem kan bedöma egenvård?

- Den behandlande legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen
- Den som har förskrivit läkemedlet till patienten
- Den behandlande läkaren i samband med utskrivning från slutenvård

## Varför behöver den enskilde och socialtjänsten en kopia av planeringen för egenvården (s.k. egenvårdsintyg)?

I vissa fall kan patienten behöva ansöka om en insats från socialtjänsten eller enligt LSS för att få hjälp med att utföra egenvården. Det är den enskilde själv som ansöker om insatser enligt SoL och LSS. Som underlag till ansökan krävs det en kopia av planeringen för egenvården (s.k. egenvårdsintyg) för att biståndshandläggaren ska kunna fatta beslut om insats.

Socialtjänsten eller LSS ansvarar inte för att utföra åtgärder som vilar på en annan huvudman, t.ex. hälso- och sjukvården. Medan patienten väntar på ett beslut ligger ansvaret för åtgärden kvar på hälso- och sjukvården. Om den enskilde beviljas hjälp med sin egenvård ingår det i den omvårdnad som ska ges enligt SoL och LSS.

## 1. Individuell bedömning

Den behandlande legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ska, inom sitt ansvarsområde, bedöma om en insats är egenvård eller hälso- och sjukvård. Det är alltså hälso- och sjukvården, inom region eller kommun, som bestämmer vilken åtgärd som kan utföras som egenvård i varje enskilt fall. Egenvårdsbedömningen ska göras i samråd med den enskilde utifrån dennes fysiska och psykiska hälsa samt med hänsyn till livssituationen i övrigt. När bedömningen görs i samband med slutenvård är det endast den behandlande läkaren som kan bedöma om åtgärden kan utföras som egenvård. Denna bedömning kan inte delegeras. I de fall en egenvårdsbedömning är svår att göra redan på sjukhus så kan den ske i öppen vård av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som känner den enskilde väl.

Vid de tillfällen egenvårdsbedömning ska utföras är det den som förskriver läkemedlet till den enskilde som ansvarar för att en egenvårdsbedömning görs. När läkemedelsbehandlingen ska utföras som egenvård ansvarar förskrivaren för att instruera utföraren.

Bedömningen gäller bara den aktuella situationen och en specifik åtgärd. Den specifika åtgärden ska preciseras tydligt, t ex vilket läkemedel eller träningsprogram som avses och i vilken omfattning. Det kan även gälla hantering av ortopedtekniska hjälpmedel eller olika typer av träningsredskap.

## 2. Analys av risker

Den som gör bedömningen ska analysera om det finns några risker med att åtgärden bedöms som egenvård. Riskbedömning ska göras i alla steg.

En hälso- och sjukvårdsåtgärd kan bedömas som egenvård om svaret är ja på någon av frågorna nedan:

1. *har den enskilde förutsättningar att själv klara av att utföra egenvården på ett säkert sätt?*
2. *kan den enskilde instruera eller få hjälp av någon att hjälpa till på ett säkert sätt?*

I de fall den enskilde får hjälp med egenvårdsinsatsen av personal, till exempel i hemtjänst eller på ett vård- och omsorgsboende, ska den person som gör riskbedömningen bedöma om egenvården kan utföras på ett säkert sätt. Personalomsättning är en viktig faktor att ta hänsyn till i riskbedömningen. Vid eventuellt tillbud kan den som fattat beslut om egenvård bli ansvarig om omständigheterna visar att egenvårdsbeslutet inte skulle ha fattats.

### 3. Samråd och planering med berörda

Den enskilde kan behöva praktiskt stöd för att utföra egenvården. Den som gör egenvårdsbedömningen ska samråda med den som ska hjälpa till, med hänsyn till reglerna om sekretess och tystnadsplikt. Det kan vara en närstående, socialtjänsten eller en ansvarig hos annan aktör. Dessa aktörer måste även få kunskap om vad de ska vara uppmärksamma på och veta när de ska kontakta ansvarig inom hälso- och sjukvård.

Närstående till en vuxen person har ingen skyldighet att hjälpa till vid egenvård. För barn har vårdnadshavare ett tillsynsansvar. Vårdnadshavare kan inte lämna över ansvar för egenvård till annan utförare, t ex skola eller till personal på ett boende, utan att ordinerande legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har gjort en ny egenvårdsbedömning. Det är viktigt att hälso- och sjukvården, skola och vårdnadshavare tillsammans planerar för egenvården i skolan och att samarbetet sker utifrån barnets bästa. Någon från hälso- och sjukvården kan till exempel åka till skolan och instruera personalen så att egenvården kan utföras på ett säkert sätt. Det är alltid legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedömer vad som är hälso- och sjukvård och vad som är egenvård.

### Hur ska planeringen av egenvården ske?

Om patienten behöver stöd och hjälp i samband med egenvården ansvarar den som gjort bedömningen för att planera egenvården tillsammans med den enskilde. Om andra också berörs av egenvården ska planeringen göras i samråd även med dem. Det kan t.ex. vara närstående, socialtjänsten, andra vårdgivare, vårdenheter, skolan.

Det är viktigt att man planerar egenvården så att den kan utföras på ett säkert sätt. Bland annat ska det vara tydligt för alla inblandade vad de ska göra om patientens situation förändras, vem som ska kontaktas om patienten riskerar att skadas och vem som ska ge instruktioner (se punkt 4).

### 4. Av planeringen av egenvården ska det framgå:

1. Vilken åtgärd som har bedömts som egenvård
2. Om den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska utföra egenvården
3. Hur information och instruktioner ska ges till dem som ska utföra egenvården
4. Vilka åtgärder som ska vidtas och vem som kontaktas, om den enskilde har drabbats av, eller har utsatts för risk att drabbas av, skada eller sjukdom i samband med egenvården



5. Vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om den enskildes situation förändras
6. Hur och när bedömningen av egenvården ska följas upp
7. När en omprövning av bedömningen av egenvården ska göras

### 5. Information

Den enskilde ska få information om vad egenvården innebär. Den som gör bedömningen ska säkerställa att den enskilde förstår att ansvaret för insatsen överförs från hälso- och sjukvårdspersonal till denne. Den enskilde ska veta hur egenvården ska utföras och vart denne ska vända sig om något känns oklart eller inte fungerar som planerat. Teach-backmetoden ska användas för att säkerställa att den enskilde, eller den som utför egenvård i dennes ställe, uppfattat instruktionen korrekt. Instruktioner och handledning ska ges till den enskilde/annan utförare av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som gjort egenvårdsbedömningen.

Den som gjort egenvårdsbedömningen ska också informera den enskilde att denne själv gör ansökan om insats från SoL eller LSS och att en kopia av planeringen för egenvården (s.k. egenvårdsintyg) krävs.

### 6. Dokumentation

Dokumentationen ska ske i journalsystemet enligt gällande dokumentationsrutin för egenvård i respektive huvudmans journalsystem.

Dokumentation är inte ett krav när det är uppenbart obehövligt. Finns det anledning att anta att bedömningen inte är självklar, utan att den i något sammanhang kan ifrågasättas, ska bedömningen dokumenteras.

För personer som har behov av samordnad planering ska beslutade egenvårdsinsatser framgå i den samordnade individuella planen.

#### Hur dokumenteras egenvårdsbedömningen och planeringen?

Egenvårdsbedömningen och planeringen ska vara dokumenterad (se punkt 4). När den enskilde ansöker om insats via SoL eller LSS, ska dokumentation finnas. Den enskilde ska ha en kopia av egenvårdsbedömningen/planeringen utskriven för att kunna ansöka om praktisk hjälp för egenvård. Det kan vara ett utdrag ur journalen eller en kopia av planeringen för egenvården (s.k. egenvårdsintyg).

Planeringen ska också föras till personakten eller motsvarande inom socialtjänsten och LSS med hänsyn till reglerna om sekretess och tystnadsplikt. Är åtgärden bedömd som egenvård är det inte hälso- och sjukvård utan kan vara en del av socialtjänsten och LSS.

## 7. Uppföljning och utvärdering

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som beslutat om en egenvårdsåtgärd är ytterst ansvarig för regelbunden uppföljning och utvärdering av egenvårdsbedömningen. Om den som gjort egenvårdsbedömningen anser att uppföljning och utvärdering kan göras av annan, ska detta framgå av planeringen, t ex att behandlande läkare ger uppdrag till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att följa upp och utvärdera för att sedan återrapportera detta till den behandlande läkaren som ansvarar för det fortsatta beslutet.

Om förutsättningarna ändras ska egenvårdsbedömningen omprövas. Den utförande personalen ska informera den som utfärdat egenvårdsbedömningen om förutsättningarna ändras och egenvården inte kan utföras som planerat.

# Kommunens betalningsansvar

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård SFS 2017:612 reglerar kommunens betalningsansvar.

Kommunens betalningsansvar omfattar patienter som är folkbokförda i kommunen.

Kommunens betalningsansvar förutsätter att:

- Den slutna vården har underrättat kommunen om att en patient har skrivits in.
- Den slutna vården har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar, d v s patient som av behandlande läkare inte längre bedöms behöva slutna vård.
- Den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården har kallat till samordnad individuell planering inom tre dagar från det att utskrivningsklar meddelats.
- För de patienter som endast har socialtjänstinsatser skickas ingen kallelse till samordnad individuell planering. Betalningsansvaret inträder då tre dagar efter det att underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har skickats.

Kommunens betalningsansvar uteblir om patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att insatser som den regionfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga.

Kommunens betalningsansvar inträder tre dagar efter det att en underrättelse om att en patient är utskrivningsklar har skickats. Detta gäller under förutsättning att underrättelsen skickats senast klockan 12.00.

Kommunens betalningsansvar inträder fyra dagar efter det att en underrättelse om att en patient är utskrivningsklar har skickats efter klockan 12.00.

Ersättning för vård av utskrivningsklara patienter ska motsvara genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn i den slutna vården och fastställs årligen socialstyrelsen enligt Förordning (2017:617) om fastställande av belopp för vård av utskrivningsklara patienter.

# Lagar och förordningar

Riktlinjerna bygger på lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt cirkulär från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

## Lagar

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30)
- Hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80)
- Socialtjänstlagen (SoL 2001:453, SFS 2017:809)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387, SFS 2017:735)
- Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612, SFS 2019:979)
- Betänkande (2017/18:SoU11)
- Förordning om fastställande av belopp för vård av utskrivningsklara patienter (SFS 2017:617)
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT 1991:1128, SFS 2017:373)
- Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV 1991:1129, SFS 2017:374)
- Patientsäkerhetslag (2010:659, SFS 2017:786)
- Patientlagen (2014:821)
- Offentlighet och sekretesslag (2009:400)
- Lag (2022:1250) om egenvård

## Föreskrifter och allmänna råd

- Livsuppehållande behandling (SOSFS 2011:7)
- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10)
- Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)
- Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)
- Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvård (HSLF-FS 2017:37)
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

### Meddelandeblad och cirkulär

- Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård SKR Cirkulär 19:48
- Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan (Socialstyrelsen 2017 nationell vägledning)
- Meddelandeblad egenvård Nr 1/2023
- Meddelandeblad tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna Nr 12/2013
- Gemensamma överenskommelser om samarbete och gemensam individuell planering mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten SKR Cirkulär 09:66
- Egenvård SKR Cirkulär 09:71

# Bilaga 1

## Det goda mötet

”Det goda mötet” är ett stöd för dig som leder och genomför SIP-mötet utifrån ett personcentrerat arbetssätt. Utgångspunkten är att vård och omsorg ska utgå från den enskilde, involvera och anpassa efter individens behov och förutsättningar samt tillvara ta dennes rätt till hälsa och ett gott liv. Att vården och omsorgen är sammanhållen och alltid möter varje människa med värdighet, medkänsla och respekt.

Patienten är en roll medan personen är en identitet. Mötet kräver ett aktivt lyssnande där personalen är lyhörd, tolkande och försöker förstå den enskildes berättelse. Aktörernas personal ska se världen från den enskildes perspektiv och utgå från det när vård, stöd och omsorg ska planeras genom att inkludera den enskilde samt eventuellt närstående i planering och beslut.

### Att leda mötet

- Hälsa alla välkomna
- Presentationsrunda, alla deltagare inklusive den enskilde/närstående
  - vem är jag och vad är min roll i den samordnade planeringen
- Förklara syftet med mötet och informera om tänkt mötesupplägg
  - varför möts vi
  - hur går mötet till
  - vem som ansvar för vad
- Bjud in den enskilde och eventuellt närstående att ge sin berättelse

Hjälp den enskilde genom att ställa frågor:

  - vill du berätta varför...
  - vill du berätta hur...
  - vad är viktigt för dig...
  - kan du ge exempel...
  - kan du förklara...

- Fördela ordet beroende på den enskildes behov och mål
- Ställ kontrollfrågor/stödfrågor till den enskilde för att hjälpa denne i planeringen
  - tror du att xx... skulle hjälpa dig att nå målet xx...
  - kan du tänka dig att ...
  - hur känner du om...
  - vad är viktigast för dig att uppnå...
  - vilka mål och förväntningar har du...
  - vilka egna resurser har du som kan hjälpa dig uppnå målet...
- Sammanfatta vad ni kommit överens om under mötet
  - vilket är den enskildes huvudmål...
  - vilka delmål har den enskilde...
  - vilka insatser/åtgärder har ni kommit överens om...
  - vem ansvarar för vad...
  - när i tid ska ni göra en uppföljning av insatser/åtgärder och utvärdering av huvudmål/delmål...
  - vem är fortsatt samordningsansvarig för SIP'en...
- Kontrollera med den enskilde att ni har uppfattat samma saker och att denne är nöjd med planeringen
  - känner du dig trygg i det vi nu har planerat och kommit överens om...
  - är det något mer du funderar över...
  - vet du var du kan vända dig med frågor om...
- Fråga den enskilde och ev. närstående hur de vill ta del av SIP'en...
  - digitalt via 1177...
  - utskriven på papper och hemskickad...
  - eller både och...
- Avsluta mötet
- Dokumentera i SIP och delge SIP'en till den enskilde enligt överenskommet sätt

